

重要事項説明書

(デフォレスト 練馬錦)

利用者： _____ 様

事業者： スミリンフィルケア株式会社

あなたに対する通所介護・介護予防通所介護サービスの提供にあたり、平成11年3月31日厚生省令第37号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）第105条、第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

スマリンフィルケア株式会社 デイフォレスト練馬錦 TEL：03-6281-0812

担当：青柳 享四朗

2 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

当事業所は、在宅福祉の担い手として、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護及び指定介護予防通所介護を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

当事業所において提供する通所介護・練馬区第一号通所型サービス、板橋区第一号通所型サービスは、介護保険法並びに各法令に沿ったものとして、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

3 通所介護事業所の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供区域

事業所名	デイフォレスト練馬錦
所在地	東京都練馬区錦2丁目13-12
介護保険指定番号	通所介護、練馬区第一号通所事業、板橋区第一号通所事業 (東京都指定 1372011344) (練馬区指定、板橋区指定 13A2000142)
サービス提供地域	

(2) 営業日および営業時間

営業日	月曜日～土曜日・祝日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分～午後4時45分
定休日	日曜日、年末年始（12/31～1/3） ※行事等により変更となることがあります

(3) 職員体制

従業者の職種	資格	常勤	非常勤	計
管理者	理学療法士	1名		1名
生活相談員	介護福祉士	2名		2名
看護職員	看護師・准看護師	1名	1名	2名
介護職員	介護福祉士・ヘルパー2級	5名	4名	9名
機能訓練指導員	看護師・准看護師	1名	1名	2名

(4) 事業計画および財務内容について

事業計画および財務内容については、求めがあればお客様およびそのご家族の方が閲覧することができます。

4 サービス内容

通所介護計画（または介護予防通所介護計画）に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、アクティビティその他必要な介護等を行います。

5 利用料金

(1) 利用料

本契約に基づき、利用者に対してスマリンフィルケア株式会社が提供する通所介護サービスの利用料は、利用者の要介護（要支援）認定の結果に応じた利用料および、その他の利用料で下記の通りです。

なお、当該月の利用にかかる総単位数に対し、介護職員等処遇改善加算Ⅰとして9.2%が別途加算されます。

1. 通所介護費：要介護1～要介護5と認定されている場合

*単位：円（消費税非課税）

	3時間以上4時間未満				4時間以上5時間未満				5時間以上6時間未満			
	利用者様負担額				利用者様負担額				利用者様負担額			
	ご利用 1回当たり の料金	1割	2割	3割	ご利用 1回当たり の料金	1割	2割	3割	ご利用 1回当たり の料金	1割	2割	3割
要介護1	4,033	404	807	1,210	4,229	423	846	1,269	6,213	622	1,243	1,864
要介護2	4,610	461	922	1,383	4,839	484	968	1,452	7,335	734	1,467	2,201
要介護3	5,221	523	1,045	1,567	5,471	548	1,095	1,642	8,469	847	1,694	2,541
要介護4	5,809	581	1,162	1,743	6,104	611	1,221	1,832	9,592	960	1,919	2,878
要介護5	6,409	641	1,282	1,923	6,725	673	1,345	2,018	10,725	1,073	2,145	3,218

	6時間以上7時間未満				7時間以上8時間未満				8時間以上9時間未満			
	利用者様負担額				利用者様負担額				利用者様負担額			
	ご利用 1回当たり の料金	1割	2割	3割	ご利用 1回当たり の料金	1割	2割	3割	ご利用 1回当たり の料金	1割	2割	3割
要介護1	6,365	637	1,273	1,910	7,172	718	1,435	2,152	7,292	730	1,459	2,188
要介護2	7,510	751	1,502	2,253	8,469	847	1,694	2,541	8,621	863	1,725	2,587
要介護3	8,676	868	1,736	2,603	9,810	981	1,962	2,943	9,973	998	1,995	2,992
要介護4	9,820	982	1,964	2,946	11,150	1,115	2,230	3,345	11,346	1,135	2,270	3,404
要介護5	10,987	1,099	2,198	3,297	12,513	1,252	2,503	3,754	12,731	1,274	2,547	3,820

【上記の料金に加え、下記の加算および減算が発生することがあります。】

*単位：円（消費税非課税）

加減算	発生する場合	ご利用1回 あたりの料金	ご利用者様 負担額1割	ご利用者様 負担額2割
入浴介助加算(Ⅰ)	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事又は市長に届け出て当該基準による入浴介助を行なった場合	436	44	88
個別機能訓練加算Ⅰ(イ)	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事又は市長に届け出た通所介護の利用者に対して、機能訓練を行なっている場合	611	62	123
サービス提供体制強化加算Ⅱ	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事又は市長に届け出て、利用者に対して通所介護サービスを行なった場合	197	20	40
事業所が送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算する。	-513	-52	-103

*厚生労働省が定める方法によって端数処理を行なう関係上、実際の請求額とは若干の差異が生じる可能性があります。

*上記の料金は、厚生労働省の定める基準に従って、変更される場合があります。

2. その他の利用料金：法定代理受領サービスに該当しないサービス

本契約に基づき、利用者が負担する利用者の希望によるサービスおよび、通常の事業実施地域を越えて行なう通所介護サービスに要する料金は下記の通りです。

*単位：円（消費税を含む）

昼食代	昼食1食あたりの料金	880円
おやつ代	おやつ1食あたりの料金	70円
おむつ代		おむつ：110円 パット：55円
キャンセル料金	利用日前日の17時までに事業所にご連絡を頂いた場合は無料	950円
教養娯楽費		実費
記録の複写代		10円
通常の事業実施地域を越えて行なう通所介護サービスに要する交通費	通常の事業実施地域である下記地域は無料です。 練馬区(北町1～8丁目、錦1～2丁目、早宮1～2丁目、氷川台1～4丁目、平和台1～4丁目) 板橋区(上板橋1～3丁目、桜川1～2丁目、東新町1～2丁目、常盤台4丁目、徳丸1～3丁目、中台1・3丁目、2丁目の一部、西台1・3丁目、前野町6丁目、若木1～3丁目)	通常の事業実施地域を越えた所より、片道分1kmごとに22円
	利用者と事業者間の合意のもと、送迎時に利用する有料道路代金	実費

3. 練馬区第一号通所事業費(国基準型):練馬区を保険者とする利用者が要支援1、要支援2

または事業対象者と認定されている場合

介護予防サービス・支援計画の定めにより、月額の利用料金は下記の通りです。

※単位:円(消費税非課税)

【上記の料金に加え、下記の加算および減算が発生することがあります。】

※単位:円(消費税非課税)

算定項目		利用料金	利用者様負担額		
			1割	2割	3割
1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	19,009	1,901	3,802	5,703
	事業対象者・要支援2	38,280	3,828	7,656	11,484
1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	4,610	461	922	1,383
	事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で8回まで	4,730	473	946	1,419

*厚生労働省が定める方法によって端数処理を行なう関係上、実際の請求額とは若干の差異が生じる可能性があります。

*上記の料金は、厚生労働省の定める基準に従って、変更される場合があります。

【上記の料金に加え、下記の加算および減算が発生することがあります。】

※単位:円(消費税非課税)

加減算	加減算が発生する場合		利用料金	利用者様負担額		
				1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算Ⅱ	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事又は市長に届け出て通所介護サービスを行った場合	事業対象者 要支援1	784	79	157	236
		要支援2	1,569	157	314	471
事業所が送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算する。		-512	-52	-103	-154

*保険者が定める方法によって端数処理を行なう関係上、実際の請求額とは若干の差異が生じる可能性があります。

*上記の料金は、保険者の定める基準に従って、変更される場合があります。

4. 練馬区第一号通所事業費(区独自基準型):練馬区を保険者とする利用者が要支援1、要支援2または

事業対象者と認定されていて、障害者手帳をお持ちの場合

介護予防サービス・支援計画の定めにより、月額の利用料金は下記の通りです。

※単位:円(消費税非課税)

算定項目		利用料金	利用者様負担額		
			1割	2割	3割
1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1	19,598	1,960	3,920	5,880
	事業対象者・要支援2	39,468	3,947	7,894	11,841
1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	4,752	476	951	1,426
	事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で8回まで	4,872	488	975	1,462

【上記の料金に加え、下記の加算および減算が発生することがあります。】

※単位:円(消費税非課税)

加減算	加減算が発生する場合		利用料金	利用者様負担額		
				1割	2割	3割
サービス提供体制強化加算Ⅱ	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事又は市長に届け出て通所介護サービスを行った場合	事業対象者 要支援1	784	79	157	236
		要支援2	1,569	157	314	471
事業所が送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算する。		-512	-52	-103	-154

*保険者が定める方法によって端数処理を行なう関係上、実際の請求額とは若干の差異が生じる可能性があります。

*上記の料金は、保険者の定める基準に従って、変更される場合があります。

5. 板橋区第一号通所事業費（国基準型）：板橋区を保険者とする利用者が要支援1、要支援2
または事業対象者と認定されている場合

介護予防サービス・支援計画の定めにより、月額の利用料金は下記の通りです。

※単位：円（消費税非課税）

算定項目	利用料金	利用者様負担額			
		1割	2割	3割	
1週当たりの標準的な回数を定める場合	事業対象者・要支援1 事業対象者・要支援2	19,598 39,468	1,960 3,947	3,920 7,894	5,880 11,841
1月当たりの回数を定める場合	事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで 事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で8回まで	4,752 4,872	476 488	951 975	1,426 1,462

【上記の料金に加え、下記の加算および減算が発生することがあります。】

※単位：円（消費税非課税）

加減算	加減算が発生する場合	利用料金	利用者様負担額			
			1割	2割	3割	
サービス提供体制強化加算Ⅱ	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事又は市長に届け出て通所介護サービスを行った場合	事業対象者 要支援1	784	79	157	236
		要支援2	1,569	157	314	471
事業所が送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき47単位を所定単位数から減算する。	-512	-52	-103	-154	

* 保険者が定める方法によって端数処理を行なう関係上、実際の請求額とは若干の差異が生じる可能性があります。

* 上記の料金は、保険者の定める基準に従って、変更される場合があります。

(2) 料金の支払方法

ご請求方法	毎月、中旬頃までに前月分の請求書（明細添付）をお届けいたします。
お支払い方法	お支払いの方法は、原則として口座振替とし、毎月27日（27日が土・日・祝祭日の場合は金融機関翌営業日）に引き落としをさせていただきます。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

②当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了する場合があります。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知します。

③自動終了（以下の場合には双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します）

ご利用者が介護保険施設に入所した場合

ご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

ご利用者が利用対象外地域に転出された場合

ご利用者がお亡くなりになった場合

④その他

当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。

ご利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内にお支払いのない場合、またはご利用者やご家族の方などが当社や当社の従業者、又は他のご利用者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社が文書で通知することにより、即座にサービスを終了する場合があります。

風邪、病気等の際はサービスの無理なご利用をお断りさせて頂く場合があります。

当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスを変更または中止する場合があります。

ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。

その場合ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。

他のお客様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスのご利用はお断りします。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急 隊、親族、居宅介護支援事業者（または介護予防支援事業者）等へ連絡をします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への連絡基準		

8 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、ご利用者の居住する市町、ご利用者のご家族、ご利用者に係る居宅介護支援事業者（または介護予防支援事業者）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

当事業所は、介護保険法等の関係法令を遵守した人員配置を行っていますが、ご利用者1名に対して1名の介護職員を配置しているわけではありません。ご利用者単独行動での事故等の当事業所の職員に責がない事故等（事故の責任については、当社加入の保険会社が行います）については、次項にある損害賠償を含めて対応できない場合がありますのでご了承ください。

9 損害賠償

事業者は、サービス提供にともなって、事業者の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、ご利用者に対してその損害を賠償します。

ご利用者に対して損害を賠償する場合、ご利用者またはご利用者の家族に過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

事故等によりご利用者の生命・身体に損害を及ぼした場合の「事業者の責」については、当社が加入している損害賠償保険会社の判断によります。ゆえに事故等によりご利用者の生命・身体に損害を及ぼした場合でも、損害賠償の判断は損害賠償保険会社の判断によります。

10 サービス内容に関する苦情

●当社お客様苦情相談窓口

苦情相談窓口担当	青柳 享四朗 (あおやぎ きょうしろう)
受付日	月曜日～土曜日 (ただし定休日を除く)
受付時間	午前8:30～午後5:30
連絡先	TEL: 03-6281-0812 FAX: 03-6281-0813

●その他

スマリソフィルケア株式会社 本社	所在地: 東京都新宿区西新宿二丁目3番1号 新宿モノリス27階 電話: 03-5909-8750
東京都国保連合会苦情相談窓口	電話: 03-6238-0177
練馬区保険福祉サービス苦情調整委員事務局	電話: 03-3993-1344
北町包括支援センター	電話: 03-3937-5577

【会社の概要】

社名: スマリソフィルケア株式会社

資本金: 100百万円

設立: 平成16年5月

所在地: 東京都新宿区西新宿二丁目3番1号 新宿モノリス27階

【事業内容】

有料老人ホームの運営

有料老人ホームの企画、設計、施工、経営

介護保険法による居宅サービス事業

【事業者】

本社所在地 東京都新宿区西新宿二丁目3番1号 新宿モノリス27階

事業所所在地 東京都練馬区錦2丁目13-12

名称 スマリソフィルケア株式会社 デイフォレスト練馬錦

代表者 代表取締役社長 福永 匡

私は重要事項について説明を受け、同意し、1部交付を受けました。

年 月 日

【利用者】

住 所

氏 名

印

【利用者家族】

住 所

氏 名

印

【代理人】

住 所

氏 名

印

説明者

ダイフォレスト練馬錦

氏 名
